

# FICHE D'INSCRIPTION ACM

EXTRA et PÉRISCOLAIRE Chomérac/Privas/St Sauveur  
(entourer la structure d'accueil)

## ENFANT

Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	Lieu de naissance
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Scolarité (école)	Dossier MDPH/CMP/autres	AVS (dossier MDPH)
<input type="text"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Préciser _____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

### Données complémentaires (cocher si d'accord)

	Oui	Non		Oui	Non
Autorisation de sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Port de lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autorisation de prise de vue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Port d'un appareil dentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autorisation de maquillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Port d'un appareil auditif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autorisation de baignade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'enfant sait-il nager ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autorisation à partir seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'enfant fait-il de l'asthme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Pratiques alimentaires (à cocher)

Sans sel	<input type="checkbox"/>	Sans porc	<input type="checkbox"/>	Sans sucre	<input type="checkbox"/>
Sans viande	<input type="checkbox"/>	Sans arachide	<input type="checkbox"/>	Sans lait	<input type="checkbox"/>

PAI (alimentaires ou autres)  Préciser \_\_\_\_\_

(si PAI, document obligatoire à télécharger et à faire remplir par le médecin)

## FAMILLE

Responsable légal		Conjoint(e) (père ou mère)	
Civilité	<input type="text"/>	Civilité	<input type="text"/>
Nom d'usage	Prénom	Nom d'usage	Prénom
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Qualité	Situation familiale	Qualité	Autorité parentale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Code postal	Ville	Code postal	Ville
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse		Adresse si différente du responsable légal	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Téléphone domicile	Téléphone professionnel	Téléphone domicile	Téléphone professionnel
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone portable		Téléphone portable	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Email _____ @ _____		Email _____ @ _____	
Profession	Employeur	Profession	Employeur
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse employeur		Adresse employeur	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

## Données CAF

Identifiant personnel  (H si enfant handicapé)

J'autorise le CIAS à consulter les éléments du dossier familial sur la base de données CDAP de la CAF.

Allocataire CAF  n° allocataire \_\_\_\_\_ QF   
Allocataire MSA  n° allocataire \_\_\_\_\_ QF

### Autorisations

Vous devez au moins mandater une personne pour récupérer votre enfant en votre absence.

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, responsable légal de l'enfant (nom) \_\_\_\_\_  
donne mandat à :

NOM	Prénom	Lien de parenté	Adresse	Téléphone
				1
				2
NOM	Prénom	Lien de parenté	Adresse	Téléphone
				1
				2
NOM	Prénom	Lien de parenté	Adresse	Téléphone
				1
				2

Je décharge en conséquence le Centre Intercommunal d'Action Sociale Privas Centre Ardèche de toute responsabilité dès lors que l'enfant mentionné à été remis à l'une des personnes mentionnées. Je suis informé que je peux révoquer les mandats consentis au titre du présent formulaire à tout moment, la révocation devant être inscrite et prenant effet le lendemain du jour où elle est reçue.

## Accueil collectif de mineurs

Vacances : Automne 2022
Date
Signature

Vacances : Noël 2022
Date
Signature

Vacances : Hiver 2023
Date
Signature

Vacances : Printemps 2023
Date
Signature

Vacances : Été 2023
Date
Signature

MERCREDIS 2022/2023
Date
Signature

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement par le CIAS de la CAPCA. Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), nous ne traiterons ou n'utiliserons vos données que dans la mesure où cela est nécessaire pour la continuité de nos services. Vos informations personnelles sont conservées pendant le temps nécessaire à la réalisation de l'objectif poursuivi, à moins que vous exerciez votre droit de suppression ou si la durée de conservation doit être allongée en vertu d'une obligation légale ou réglementaire.

Pendant cette période, nous mettons tout en œuvre pour assurer la confidentialité et la sécurité de vos données personnelles. Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 06 janvier 1978 modifiée et au règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 applicable dès le 25 mai 2018, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, de limitation, de suppression et de portabilité de vos données en cas de motifs légitimes. Pour toute information complémentaire ou réclamation, vous pouvez contacter la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés ou notre délégué à la protection des données à l'adresse suivante : [rgpd@inforoutes.fr](mailto:rgpd@inforoutes.fr).